EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] Paul GUÉNIOT

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

PARIS
LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1907

TITRES

Externe des hôpitaux de Paris (1894).
Interne provisoire (1897).
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris (1898).
(Médaille de bronze de l'Assistance publique.)
Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1903).
(Médaille de bronze de la Faculté.)
Moniteur à la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté (1903).
Chef de clinique adjoint (1904).
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris (1905).
Membre titulaire de la Société d'obstétrique de Paris (1903).
Membre de la Société obstétricale de France (1904).

ENSEIGNEMENT

Aide d'anatomie bénévole à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (1899-1901) et à l'Ecole pratique de la Faculte de médecine (1901-1903).
Moniteur d'accouchements à la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté (1903-1904).
Cours d'accouchements à la clinique de la Faculté :
Cours de vacances, septemhre 1904.
Cours aux stagiaires de la Faculté, mars-juin 1905.
Cours de vacances, septembre 1905.
Cours de vacances, juillet 1906.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

LISTE CHRONOLOGIQUE

1. **Note sur un tiraillement douloureux à distance dans le foie mobile.** *Gaz. des hôp.*, 1897.

2. **Mamelle surnuméraire dorsale chez l'homme.** *Bull. Soc. anat.*, 1897.

3. **Goitre d'origine infectieuse.** *Bull. Soc. anat.*, 1897.

4. **Cancer de l'orifice uretéral du bassinet et de l'uretère.** (En collabor. avec M. Toupet, médecin des hôpitaux. (*Bull. Soc. anat.*, 1898.

5. **Foie plissé par tassement d'origine constrictive.** *Bull. Soc. anat.*, 1898.

6. **Le sphygmographe de Dudgeon et ses tracés ; étude comparée avec le sphygmographe de Marey.** (Travail du service de M. Huchard.) *Bull. Soc. anat.*, 1899.

7. **Perforation intestinale au déclin d'une fièvre typhoïde ; indécision du chirurgien au sujet de l'intervention opératoire ; péritonite diffuse ; mort.** (En collabor. avec M. Huchard, médecin de l'hôpital Necker.) *Bull. Soc. anat.*, 1899.

8. **Un nouveau cas de foie plissé par tassement d'origine constrictive.** *Bull. Soc. anat.*, 1899.

9. **Occlusion intestinale par calcul biliaire ; entérotomie, extraction du calcul, guérison rapide.** (En collabor. avec M. Paul Delbet, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.) *Bull. Soc. anat.*, 1900.

10. **Cholécystite chronique scléro-hypertrophique.** *Bull. Soc. anat.*, 1900.

11. **Ostéite du tibia chez une vieille femme ; amputation de jambe, guérison rapide.** *Bull. Soc. anat.*, 1900.

12. **Kystee dermoïdes des deux ovaires.** (Avec M. Robert Lœwy, ex-interne des hôpitaux.) *Bull. Soc. anat.*, 1901.

13. **L'aspiration évacuatrice dans le traitement des péritonites aiguës.** *Gaz. des hôp.*, 1901.

14. **L'aspiration évacuatrice comme complément du drainage du péritoine.** *Gaz. des hôp.*, 1901.

15. **Etude sur les kystes dermoïdes hilatéraux des ovaires.** (Avec M. Robert Lœwy, ex-interne des hôpitaux.) *Rev. de gynécol et de chirurg. abdomin.*, 1902.

16. **Etude sur la lithiase vésiculaire. Ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical.** *Thèse*, Paris, 1903.

17. **Péritonite puerpérale traitée par la colpotomie.** *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, janv. 1904.

18. **Des hémorrhagies consécutivee à l'expulsion de fœtus volumineux.** (En collabor. avec M. le docteur Pierra.) *Annal. Soc. obstétr. de France*, 1904.

19. **Une cause de difficulté de la colpotomie dans la péritonite puerpérale diffuse.** *Ann. Soc. obstétr. de France*, 1905.

20. **Deux cas de pyélo-néphrite gravidique précoce, pris au déhut pour des menaces d'avortement.** *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, juill. 1905.

21. **Infection puerpérale apyrétique mortelle ayant simulé une intoxication hydrargyrique.** *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, juill. 1905.

22. **Présentation d'un nouveau-né microcéphale.** (En coll. avec M. le docteur Lequeux.) *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, janv. 1906.

23. **Lésions traumatiques cutanées suivies d'escharification et paralysie faciale chez un nouveau-né, produites par un**

accouchement spontané dans un bassin rétréci. *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, mars 1906.

24. **Discussion sur le curettage dans l'infection puerpérale.** *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, avril 1906.

25. **Présentation d'un délivre de grossesse extra-membraneuse.** *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, avril 1906.

26. **Présentation d'un monstre anidien.** *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, avril 1906.

27. **Délivrance artificielle dans un utérus bicorne. Difficulté particulière due à la disposition d'une corne utérine formant un diverticule allongé.** *Bull. Soc. d'obstétr. de Paris*, juin 1906.

28. **La pubiotomie.** (Opération de Gigli.) *Rev. pratique de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr.*, oct. et nov. 1906.

29. **Les paralysies faciales du nouveau-né.** (En collab. avec M. Demelin, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.) *L'Obstétrique*, nov. 1906.

31. **Traitement des infections puerpérales par rétention lochiale due à l'antéflexion utérine.** *Rev. pratique de gynécol., d'obst. et de pediatr.*, avril 1907.

31. **Opérations obstétricales.** (En collabor. avec M. P. Bar, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.) In *La pratique de l'art des accouchements*, publiée sous la direction de MM. P. Bar, Brindeau et Chambrelent, Paris, 1907, Asselin et Houzeau.

COMPTE RENDU DES PRINCIPAUX TRAVAUX

Je répartis mes travaux dans six classes :

I. Obstétrique.

II. Gynécologie.

III. Traitement des péritonites (en général, et puerpérale en particulier).

IV. Pathologie et chirurgie du foie et de la vésicule.

V. Monstruosités et anomalies congénitales.

VI. Divers (rein, intestin...)

I. — OBSTETRIQUE

Des hémorrhagies consécutives à l'expulsion de fœtus volumineux. — (En collaboration avec le docteur L.-M. Pierra. *Annales Soc. obstetr. de France,* 1904.)

Les difficultés mécaniques de l'accouchement dues au volume exagéré de l'enfant sont signalées par tous les traités classiques. Par contre, ils passent généralement sous silence les hémorrhagies de la délivrance qui peuvent résulter de cette même cause. Tous mentionnent, il est vrai, la distension exagérée de l'utérus parmi les causes de l'inertie utérine et des hémorrhagies post partum, mais sans citer spécialement l'excès de volume de l'enfant ni attribuer à cette cause l'importance que nous avons

montré qu'elle mérite. Et d'ailleurs, ainsi que nous allons le dire, ce n'est pas seulement dans la surdistension utérine qu'il faut chercher l'explication des hémorrhagies survenant après l'expulsion d'enfants de gros volume.

Ayant observé, en peu de temps, plusieurs faits d'hémorrhagies après des accouchements de gros enfants, nous avons cherché à déterminer par des chiffres quelle pouvait être l'influence de ce facteur, le volume exagéré du fœtus, sur la production des hémorrhagies post partum. Nos recherches ont embrassé tons les accouchements faits à la Clinique Tarnier du 1er janvier 1901 au 1er avril 1904. Laissant de côté les avortements d'une part, et d'autre part les accouchements gémellaires, nous avons cherché, *dans l'accouchement simple, au voisinage du terme*, en quelle proportion il s'est produit des hémorrhagies de la délivrance, d'une part après l'expulsion de fœtus pesant moins de 3.800 grammes, d'autre part après celle d'enfants pesant 3.800 grammes ou plus.

Sur 4.895 accouchements simples à terme ou au voisinage du terme, il y eut 187 hémorrhagies post partum.

Or, dans 4.458 de ces accouchements, où l'enfant pesait moins de 3.800 grammes, il y eut 138 hémorrhagies : *soit dans 3 p. 100 des cas*. Par contre, dans 437 accouchements, où l'enfant était de poids égal ou supérieur à 3.800 grammes, nous relevons 49 hémorrhagies : *soit dans 11,2 p. 100 des cas.*

Les hémorrhagies post partum sont donc près de quatre fois plus fréquentes quand le fœtus atteint ou dépasse 3.800 grammes, que lorsqu'il reste au-dessous de ce poids.

Dans la production de ces hémorrhagies par excès du volume fœtal, c'est l'*inertie utérine* qui joue le plus grand

rôle. Elle résulte elle-même de la surdistension de la paroi utérine, et surtout de la longueur de l'accouchement.

La surdistension de l'utérus ne joue pas, croyons-nous, le rôle principal. S'il en était ainsi, en effet, les hémorrhagies de la délivrance devraient être au moins aussi fréquentes avec les autres causes de surdistension : grossesse gémellaire et hydramnios ; car, dans ces deux états, la distension est en général bien plus considérable qu'elle ne l'est d'ordinaire dans le simple excès de volume fœtal. Et pourtant, sur un ensemble de 45 grossesses gémellaires nous ne trouvons qu'une hémorrhagie (soit 2,2 p. 100 des cas), et sur 58 cas d'hydramnios, 2 hémorrhagies (soit 3,4 p. 100), tandis que pour les cas de gros enfants nous trouvons une proportion de 11,2 p. 100.

Il doit donc exister un facteur autre que la surdistension utérine pour expliquer la fréquence des hémorrhagies après les accouchements de gros enfants, et ce facteur spécial, nous le trouvons principalement dans la *longue durée du travail*, dont la moyenne dans nos observations dépasse sensiblement la moyenne ordinaire.

En un mot, l'inertie utérine, par distension excessive du sac musculaire utérin et rappelant le mécanisme de la vessie forcée, s'observe plus particulièrement dans l'hydramnios et les grossesses gémellaires ou multiples.

Dans le cas de gros enfants, l'inertie résulte plutôt de l'excès de travail et d'efforts du muscle, de sa fatigue et de son épuisement.

Indépendamment de l'inertie utérine, il est une autre source d'hémorrhagies post partum dans les cas d'accouchement d'enfants volumineux, source qui, bien que paraissant plus rare, ne doit pas être négligée : ce sont des *déchirures* de la partie inférieure du canal génital,

déchirures du vagin et surtout du col, pouvant remonter jusqu'au sogment inférieur. Déjà Dubois (*Th.*, Paris, 1897), qui avait signalé la possibilité d'hémorrhagies post partum à la suite des accouchements de gros enfants et cite quelquos observations de morts dues à cette cause, attribuait les plus graves de ces hémorrhagies à des déchirures des organes. Nous relatons *in extenso* dans notre mémoire deux observations où l'hémorrhagie provenait d'une déchirure du col, s'étendant dans l'une d'elles au segment inférieur.

Commandeur pense que ces déchirures se font surtout au niveau du front. Or, dans nos deux observations, la lésion siégeait, dans un cas (présentation de la face) du côté du menton, dans le second (présentation du sommet) du côté de l'occiput. Nous pensons qu'il faut incriminer aussi le diamètre bipariétal, et surtout le bis-acromial, celui-ci mesurant 17.6 dans notre première observation. Le passage difficile des épaules dans les cas de gros enfant et les tractions considérables nécessaires pour les faire descendre doivent favoriser singulièrement l'extension de la déchirure du col. La force d'extraction déployée, la rapidité d'action, la qualité des tissus maternels, sont de nature à influer sur cette extension.

Notre mémoire se termine par plusieurs pages consacrées au diagnostic, au pronostic, au traitement de ces hémorrhagies. Lorsque celles-ci continuent même après la délivrance artificielle, nous sommes résolument partisans du tamponnement utéro-vaginal total suivant la méthode de Dührssen.

Délivrance artificielle dans un utérus bicorne. Difficulté particulière due à la disposition d'une corne utérine formant un diverticule allongé. (*Bull. Soc. d'obst. Paris*, juin 1906.)

Après l'accouchement, par version, d'un enfant se présentant par l'épaule dans un utérus bicorne à un degré accentué, la mère eut une hémorrhagie. Pratiquant la dé-

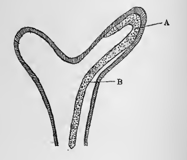


Schéma de la disposition constatée.
A. — Partie du placenta adhérente dans la corne.
B. — Partie du placenta déjà décollée.

livrance artificielle, je trouve le placenta partiellement décollé accessible par son extrémité inférieure dans le segment inférieur; mais son extrémité supérieure, située dans la corne gauche de l'utérus, où elle est encore adhérente, est très difficile à atteindre jusqu'au bout. En effet, la corne gauche, plus développée que la droite, forme un véritable diverticule très allongé, dont le fond remonte jusqu'aux fausses côtes gauches, et qui s'ouvre dans la

cavité utérine par une ouverture d'un diamètre comparable environ à une pièce de cinq francs. Ce diamètre ne permet pas d'engager toute la main dans cette corne ; je ne peux y faire entrer que trois doigts, qui ne sont pas assez longs pour atteindre le fond de la corne et la partie la plus élevée du placenta. D'autre part, l'autre main restée libre ne peut pas tout d'abord saisir, à travers la paroi abdominale, le fond de cette corne pour l'abaisser et l'amener à la rencontre des doigts introduits à son intérieur, car elle en est empêchée par le rebord costal au niveau duquel arrive cette corne. Cependant, l'utérus venant à se contracter, le fond de la corne finit par se dégager du rebord costal assez pour pouvoir être saisi par la main libre. J'arrive alors, en tirant quelque peu et en décollant la masse placentaire, à la contourner complètement, puis à l'extraire.

Des opérations et des manœuvres usitées en obstétrique. — (In *La Pratique de l'art des accouchements*, publiée sous la direction de MM. P. Bar, Brindeau et Chambrelent, Paris, 1907, Asselin et Houzeau. (En collaboration avec M. P. Bar, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.)

Il est évidemment impossible d'analyser en quelques lignes une œuvre didactique de 294 pages. Je voudrais seulement indiquer ici l'idée directrice qui plane sur l'ensemble de cette étude consacrée aux opérations obstétricales et que nous voudrions voir se dégager nettement pour le lecteur.

Si respectueux que nous soyons de la tradition, nous n'avons pas cru devoir en rester dans la manière de com-

prendre l'intervention obstétricale en cas de dystocie pelvienne, aux formules des générations qui nous ont précédés, et nous avons voulu marquer nettement l'évolution et le caractère nouveau de la thérapeutique obstétricale. A une époque où les opérations sanglantes, opération césarienne, symphyséotomie, donnaient de déplorables résultats, nos aïeux s'étaient ingéniés au prix parfois de véritables tours de force, à terminer le plus souvent possible, même dans les cas difficiles, l'accouchement par les voies naturelles. Ce fut le triomphe du forceps, dont l'emploi fut étendu aux plus larges limites. Les accoucheurs de la seconde moitié du XVIIIe siècle, ceux du XIXe siècle, attribuèrent à l'usage du forceps une place de plus en plus prépondérante. On peut dire que, pour nos maîtres, l'application du forceps fut l'intervention de choix chaque fois que la tête se présentait ; la version, sa seule rivale, lui était rarement préférée, au moins en France, et était de plus en plus limitée aux cas où l'enfant se présentait par l'épaule. Pour eux, la seule limite à l'application du forceps paraissait être l'impossibilité reconnue d'extraire l'enfant avec cet instrument, et si quelques-uns recouraient alors à la version, la plupart se résolvaient vite, devant les dangers de la section césarienne presque toujours mortelle, à recourir au broiement de la tête fœtale.

Aujourd'hui la question ne se présente plus de même. L'opération césarienne, la pelvitomie, sont devenues plus sûres, mieux réglées. Les dangers du forceps appliqué quand même dans le cas de dystocie pelvienne, dangers qu'on oubliait facilement devant ceux autrement grands des opérations sanglantes, sont apparus évitables. Aussi les progrès incessants faits dans la technique de la césarienne et de la pelvitomie, leurs risques sans cesse amoindris, tendent à réduire les indications de l'application du

forceps que nos maîtres avaient été dans l'obligation de toujours étendre.

Le forceps est un excellent instrument dans les applications basses, mais un instrument très imparfait, défectueux, dans les applications élevées, surtout en cas de rétrécissement pelvien : son emploi demande alors beaucoup de prudence, car il est facilement meurtrier pour l'enfant et dangereux pour la mère. L'application de forceps pour dystocie du détroit supérieur doit être, aujourd'hui, de plus en plus restreinte, au profit de la pelvitomie et plus souvent encore de l'opération césarienne faite dans de bonnes conditions.

En résumé, nous avons voulu nettement marquer, dans notre étude, *l'orientation de l'obstétrique, en cas de dystocie, dans un sens résolument chirurgical.*

Signalons que des articles spéciaux sont consacrés à l'opération césarienne vaginale de Dührssen, peu connue chez nous, et à la pubiotomie, nouvelle venue qui cherche à se substituer à la symphyséotomie. Notons aussi le procédé des auteurs pour porter et fixer un lacs au-dessus du pied dans la version, lorsque le pied reste élevé et difficile à abaisser (p. 784 et fig. 388).

De très nombreuses figures, dont une grande partie originales et pour lesquelles la photographie a été largement mise à contribution, cherchent à faire *voir* au lecteur ce que le texte lui dit.

La pubiotomie (opération de Gigli). *(Rev. prat. de gyn. d'obst. et de pédiatr.*, oct. et nov. 1906.) Revue générale d'actualité.

Lésions traumatiques cutanées suivies d'escharification et paralysie faciale chez un nouveau-né, produites par un accouchement spontané dans un bassin rétréci. (*Bull. Soc. d'obst. de Paris*, mars 1906.)

La mère, IVpare, avait un bassin rachitique notablement et généralement rétréci (PSP = 9 cm. 6). On provoqua l'accouchement prématuré en appliquant d'emblée, à travers l'orifice cervical suffisamment béant, l'écarteur Tarnier, qui fut laissé en place quatre heures. Les douleurs apparurent presque aussitôt. L'accouchement se termina spontanément, grâce à l'énergie des contractions utérines et à l'asynclitisme de la tête fœtale engageant successivement son pariétal postérieur, puis l'antérieur. L'enfant, vivant, pesant 2.800 grammes, présentait sur la tête des traces du passage à frottement dur de celle-ci dans le bassin : la pression du promontoire avait amené une paralysie faciale gauche et se traduisait par une longue et profonde dépression linéaire de couleur violacée ecchymotique, s'étendant d'avant en arrière sur une longueur de 3 à 4 centimètres au-devant de l'oreille et une longueur à peu près égale en arrière du pavillon de l'oreille, avec dépression maxima et commencement d'escharification juste au niveau du sillon rétro-auriculaire séparant le pavillon de la région mastoïdienne. D'autre part, sur la région pariétale droite existait une grosse phlyctène, dont le pourtour violacé avait presque un aspect sphacélique et qui marquait le frottement de cette région sur les pubis.

La paralysie faciale disparut en une dizaine de jours. Des plaques superficielles de sphacèle apparurent au niveau de la région pariétale droite, ainsi qu'au niveau du sillon

rétro-auriculaire gauche, là où siégait le maximum de la marque de pression déterminée par le promontoire.

Les paralysies faciales du nouveau-né. (En collaboration avec M. Demelin. *L'Obstétrique*, nov. 1906.)

Travail basé sur 80 observations, dont 36 personnelles aux auteurs.

Chez le nouveau-né, l'apophyse styloïde et le conduit auditif externe osseux n'existent pas ; la mastoïde est réduite à des rugosités peu saillantes pour l'insertion du sterno-mastoïdien. Aussi le trou d'émergence du facial est très superficiel. Il est situé derrière l'os tympanal, aux confins de la portion pétreuse du temporal et de la pièce condylienne de l'occipital correspondante. Le nerf n'est séparé des téguments que par le bord antérieur du sterno-mastoïdien accolé au bord postérieur de la parotide : situé au-dessous et en arrière du conduit auditif externe (entièrement cartilagineuse chez le nouveau-né), il se porte en avant et très légèrement en bas, en restant directement en contact aussitôt après son émergence avec la surface osseuse de la base du crâne. En parcourant celle-ci avec le doigt, on y sent très nettement des crêtes vives, sous-jacentes au nerf, qui pourra facilement y être comprimé.

La paralysie faciale complète et pure est de beaucoup la plus commune. Quelquefois on observe la paralysie isolée du facial inférieur. La paralysie faciale est parfois accompagnée de complications : la plus redoutable est un syndrome caractérisé avant tout par des crises de convulsions, associées d'habitude avec des accès de cyanose, et qui est l'expression clinique ordinaire d'une hémorrhagie méningée ; on peut citer encore les phlyctènes,

ecchymoses, œdèmes, rougeurs au niveau de la bosse séro-sanguine ou surtout des régions saisies par le forceps, le céphalématome, la déviation latérale de la mâchoire inférieure, la fracture de la voûte du crâne, l'hématome du sterno-cléido-mastoïdien, enfin d'autres paralysies associées : paralysie de l'hypoglosse, ou du vago-spinal, ou du moteur oculaire commun, ou des membres, celle-ci pouvant revêtir le type d'une paralysie radiculaire du plexus brachial, ou celui d'une paralysie de type monoplégique ou hémiplégique comme après une lésion cérébrale.

La paralysie faciale, très exceptionnellement indélébile, semble guérir, de nos jours et avec nos forceps actuels du moins, plus rapidement que ne le disaient les travaux anciens. La durée moyenne est de huit jours, souvent moins (36, 48 heures) ; M. Demelin l'a même vue disparaître sous ses yeux en un quart d'heure. Mais le pronostic peut être assombri *quoad vitam* par les complications concomitantes (hémorrhagie méningée...).

Rare dans l'accouchement spontané, la paralysie faciale est le plus souvent due au forceps, et surtout aux prises obliques (par rapport à la tête), soit volontaires, soit involontaires.

On peut admettre l'existence de paralysies traumatiques d'origine centrale, hémisphérique : occupant le côté opposé à la lésion encéphalique, incomplètes en ce sens que l'orbiculaire palpébral est épargné, et accompagnées ordinairement de convulsions.

Mais *la paralysie commune complète (œil et bouche) est, en règle générale, une paralysie périphérique* consécutive à la compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Des observations de Parrot et Troisier, qui ont trouvé le nerf et ses rameaux altérés macroscopiquement

et microscopiquement (lésions caractéristiques de dégénérescence des tubes nerveux) au-dessous du trou stylo-mastoïdien, tandis que le nerf était intact au-dessus du trou, sont très démonstratives à cet égard : le trou stylo-mastoïdien établissait une démarcation nette entre la portion saine et la portion altérée. L'intégrité anatomique du nerf dans d'autres observations n'a rien d'étonnant, une compression du nerf trop légère pour produire des lésions pouvant déterminer une paralysie passagère.

Le fait de trouver dans une autopsie une lésion cranienne ou cérébrale avec une paralysie faciale du côté opposé, ne suffit pas à prouver l'origine centrale de la paralysie : *le forceps peut à la fois comprimer le facial à son émergence du trou stylo-mastoïdien* (paralysie périphérique), *et causer une hémorrhagie méningée ou autre lésion profonde*. Dans une de nos observations, la paralysie faciale était guérie dès le lendemain de la naissance, tandis que les convulsions mortelles débutèrent seulement deux jours plus tard.

Présentation d'un délivre de grossesse extra-membraneuse. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 19 avril 1906.)

Deux cas de pyélo-néphrite gravidique précoce, pris au début pour des menaces d'avortement. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, **juillet 1905.**)

Observations de deux femmes, enceintes l'une de quatre mois et demi, l'autre d'environ trois mois, entrées à l'hôpital pour des douleurs de ventre avec accidents fébriles, qu'on considéra d'abord comme des menaces d'avortement.

Mais la fausse couche ne se faisant pas, et ne trouvant pas de modifications du col, je fis un examen plus serré et je vis qu'il s'agissait de pyélo-néphrite gravidique. Ce diagnostic peut être fait, avant même l'apparition de la phase suppurative proprement dite, *par les caractères de la douleur*, son siège lombaire, son réveil par la pression au niveau du rein, son caractère continu et non pas intermittent comme les contractions utérines, enfin *par la centrifugation de l'urine*, qui permet de mettre en évidence une certaine quantité de *globules de pus* ou la *bactériurie*.

Discussion sur le curettage dans l'infection puerpérale. (A la Société d'Obstétrique de Paris. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, avril 1906, p. 147.)

Traitement des infections puerpérales par rétention lochiale due à l'antéflexion utérine. (*Revue pratique de Gynéc., d'Obst. et de Pédiat.*, avril 1907.)

Mon maître, M. Demelin, avait préconisé l'usage de GANTS DE CAOUTCHOUC dans le curage digital de l'utérus; M. Boissard l'avait combattu. Pendant l'année que j'ai passée, comme chef de clinique adjoint, au service d'isolement de la Clinique Tarnier, j'ai constamment fait usage de gants de caoutchouc pour les explorations et les curages utérins, et n'ai pas eu à me plaindre de leur emploi. Je crois qu'on peut acquérir assez facilement l'habitude d'explorer et de sentir, avec une netteté suffisante, en ayant les mains gantées, et sans aller jusqu'à nier que les gants puissent atténuer la sensibilité tactile, je crois que, pratiquement, ils laissent aux doigts assez de sensibilité et

de liberté de se mouvoir pour explorer et manœuvrer aisément dans la grande généralité des cas.

Quant au CHOIX D'UNE CURETTE, j'emploie toujours la curette de Bouilly, qui est mousse du bout, ce qui pare autant qu'il est possible aux risques de perforation ; le biseau demi-mousse (et non pas un véritable tranchant), par lequel agit l'instrument pour gratter, n'est pas situé, en effet, directement au bout de la curette, — lequel est mousse, — mais un peu incliné, de manière à regarder vers l'opérateur et à agir principalement quand celui-ci amène vers lui l'instrument, et non pas quand il l'enfonce dans la cavité utérine pour l'introduire.

Enfin, j'ai rappelé l'attention, dans la discussion à la Société, sur une forme spéciale d'infection puerpérale, qui ne nécessite généralement pas le curage utérin, et à laquelle, depuis, j'ai consacré un article spécial (avec trois observations à titre d'exemples) : je veux parler DES INFECTIONS PUERPÉRALES PAR RÉTENTION LOCHIALE DUE A L'ANTÉFLEXION UTÉRINE.

Il s'agit d'accidents infectieux utérins *d'apparition ordinairement un peu tardive* (*vers le cinquième, sixième, ou septième jour après l'accouchement*), souvent assez légers et, tout au moins, habituellement sans gravité, en ce sens qu'ils cèdent rapidement à un traitement simple. Dans ces cas, on note parfois une *suppression brusque, trop précoce, de l'écoulement lochial*, qui doit faire soupçonner et rechercher l'antéflexion, surtout si bientôt après apparaissent des accidents fébriles : l'introduction du doigt ou d'une sonde dans l'utérus provoque l'écoulement de lochies retenues, qui peut rester nul dans l'intervalle des explorations et des injections utérines. D'autres fois, la réten-

tion est moins complète, un peu de liquide lochial parvient à s'écouler au dehors, et il a généralement une *odeur fétide*.

Que l'attention soit attirée par l'apparition d'accidents fébriles, par la suppression ou la diminution prématurée de l'écoulement lochial, ou par sa fétidité, si l'on examine alors l'utérus, on trouve souvent au palper qu'il ne remonte pas haut dans l'abdomen et paraît peu volumineux : ce n'est qu'une apparence, et si on redresse l'antéflexion on voit qu'il est plus gros, moins involué, qu'il n'en avait l'air. Au toucher, on sent l'utérus manifestement antéfléchi, et dans les cas typiques, *au moment où le doigt introduit dans le col franchit l'orifice interne, on voit s'écouler dans le creux de la main ou dans le vagin un flot de liquide, parfois gris sale, et très fétide*. Quelquefois, le liquide accumulé est moins abondant, ou a conservé l'aspect ordinaire du sang, mais habituellement il est fétide.

Dans ces faits, ce n'est pas l'infection précoce et intense résultant d'un apport brusque de germes virulents dans les voies génitales lors de l'accouchement. Les suites de couches sont d'abord normales. Ce n'est qu'un peu plus tard que l'infection apparaît, les germes peu offensifs en eux-mêmes qui ont pénétré dans les voies génitales ou qui s'y trouvaient, rencontrant dans la rétention lochiale une condition qui favorise leur développement. C'est donc la rétention lochiale qui paraît dans ces cas le facteur étiologique prépondérant.

Dans les cas types d'infection par rétention lochiale due à l'antéflexion, — dans les cas purs, non compliqués de rétention de placenta ou de membranes, — *le curage utérin* (curage digital ou curettage) *est en général inutile et parfois insuffisant : insuffisant*, car on peut voir les accidents d'infection, amendés ou disparus à la suite du net-

toyage utérin, reparaître au bout de deux ou trois jours parce que l'antéflexion a persisté ou s'est reproduite et que les lochies se sont de nouveau accumulées et infectées ; *inutile*, car on arrive très simplement sans curage à guérir ces accidents.

L'indication est avant tout de redresser l'utérus et d'assurer l'évacuation des lochies. On dispose de trois moyens thérapeutiques : 1° *les drains utérins rigides* (tels les drains métalliques de Mouchotte) ; 2° *le tampon sus-pubien* appliqué sur l'hypogastre au-devant de l'utérus préalablement redressé (moyen recommandé par M. Demelin) ; 3° *les injections intra-utérines*. Les drains sont excellents ; mais si on les retire au bout de quelques heures, par crainte de voir leur séjour trop prolongé entraîner des escharifications de la muqueuse aux points de contact, l'antéflexion et les accidents se reproduisent, et on est forcé de faire des applications réitérées du drain. Pour ma part, c'est aux injections intra-utérines que je donne la préférence : elles nécessitent et assurent le redressement de l'utérus d'une façon passagère et intermittente, mais suffisante si on les répète au besoin deux fois par jour pour empêcher une accumulation sérieuse des lochies ; de plus, elles réalisent une détersion utile de la cavité utérine. Dans l'intervalle des injections, — pour lesquelles j'emploie la liqueur de Labarraque (30 grammes par litre d'eau bouillie) ou l'eau oxygénée coupée de quantité égale d'eau, — on peut maintenir le redressement de l'utérus par un tampon hypogastrique. Très souvent, deux ou trois iojections utérines suffisent à faire disparaître les accidents ; l'utérus revient sur lui-même, le col se ferme. Quant au curage utérin, qu'on ne tarderait cependant pas trop à pratiquer si l'on voyait que les accidents ne s'amen-

dent pas, on n'a généralement pas besoin, dans ces cas, d'y recourir.

Infection puerpérale apyrétique mortelle, ayant simulé une intoxication hydrargyrique. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, juill. 1905.)

Femme atteinte d'une infection puerpérale des plus graves à la suite de rétention placentaire après avortement, et qui mourut n'ayant présenté *aucune élévation de température* (T., 37° à 37°4), et *presque pas d'augmentation de fréquence du pouls* (80 à 96 pulsations par minute). Aussi put-on hésiter à attribuer à l'infection la mort de la malade et croire à un empoisonnement mercuriel, à cause de quelques symptômes, stomatite, diarrhée noire, oligurie. L'analyse chimique des viscères, faite par M. Nicloux, ne décela pas trace de mercure. Il s'agissait d'une infection de forme anormale.

Péritonite puerpérale traitée par la colpotomie. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, janvier 1904.)

Une cause de difficulté de la colpotomie dans la péritonite puerpérale diffuse. (*Soc. obstétricale de France*, 1905.)

Voir plus loin : Traitement des péritonites.

II. — GYNECOLOGIE

Kystes dermoïdes des deux ovaires. (*Bull. Soc. Anat.* 1901)
Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. (En collaboration avec M. Robert Lœwy.) (*Rev. de gynécol. et de chirurg. abdomen.*, 1902).

Plusieurs faits de kystes dermoïdes *bilatéraux* des ovaires ayant été signalés à la Société de chirurgie, et nous-mêmes en ayant observé un dont nous avions présenté les pièces à la Société anatomique, nous avons entrepris des recherches bibliographiques qui nous ont fourni une riche moisson d'observations antérieurement publiées, auxquelles nous avons pu ajouter divers cas inédits qu'ont bien voulu nous communiquer MM. Le Dentu, Bouglé, Bazy, H. Delagenière (du Mans), Doyen, Péraire.

Aux vingt cas de kystes dermoïdes des deux ovaires dont parlait Pauly dans un travail paru en 1875, nous avons pu ainsi en ajouter soixante-dix-sept, ce qui nous donne un ensemble de *quatre-vingt-dix-sept cas*.

Un seul travail d'ensemble sur la question, à notre connaissance, avait groupé quelques faits : c'est la thèse de Tschirner (*thèse* de Greifswald, 1897) sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires, où l'auteur a simplement rassemblé onze observations de chirurgiens étrangers, surtout allemands ou japonais.

D'ordinaire les malades que l'on reconnaît atteintes de kystes dermoïdes des deux ovaires *ont été réglées*. Un très grand nombre *ont eu des grossesses*; une d'elles avait eu jusqu'à douze enfants et une fausse couche. Cet accomplissement normal de la menstruation et de l'ovulation, avec

des tumeurs des deux ovaires, est explicable, même si l'on admet l'origine congénitale de ces tumeurs, par la *conservation de tissu ovarique normal*, que l'on a constaté dans maintes observations, juxtaposé à une tumeur dermoïde. Dans notre observation personnelle, comme dans une de Thornton, on a constaté l'*existence de corps jaunes* attestant l'activité de l'organe.

Nous passons en revue les *accidents provoqués par la coexistence des deux kystes :* enclavement d'une des tumeurs dans le petit bassin par suite de la pression exercée sur elle par la deuxième tumeur, torsion du pédicule d'un des kystes, rupture du pédicule.

Nous consacrons un chapitre au diagnostic clinique.

La bilatéralité des kystes dermoïdes ovariques étant loin d'être exceptionnelle, il est indiqué, quand on extirpe une de ces tumeurs, de *s'assurer avant de refermer le ventre de l'état de l'autre ovaire*, pour ne pas laisser inaperçu un autre kyste qui est parfois de très petit volume. D'autre part, dans ces cas de kystes dermoïdes bilatéraux, il est parfois possible, au moins d'un côté, d'enlever le kyste en conservant le tissu ovarique sain, reconnaissable à sa surface : diverses observations montrent qu'on peut séparer assez facilement le kyste du tissu de l'ovaire. Après excision du kyste, on suture au catgut la tranche de section ovarique. Nous citons quatre faits, trois étrangers et un français (où l'opération fut pratiquée par le professeur Terrier), de cette *résection partielle de l'ovaire* dans des cas de kystes dermoïdes ovariques bilatéraux. *Ces quatre femmes guérirent et eurent un enfant postérieurement à l'opération.*

III. — TRAITEMENT DES PÉRITONITES

L'aspiration évacuatrice dans le traitement des péritonites aiguës. (*Gaz. des Hôp.*, 1901.)

L'aspiration évacuatrice comme complément du drainage du péritoine. (*Gaz. des Hôp.*, 1901.)

Sans parler des tentatives déjà anciennes, de la ventouse de L. Tait ou des seringues destinées à pomper les liquides à travers les tubes à drainage, l'aspiration comme complément du drainage du péritoine, bien qu'employée par un certain nombre de chirurgiens, n'avait pas fait l'objet d'une étude spéciale : à peine quelques auteurs citaient le mot ou y faisaient une courte allusion dans de rares ouvrages ou communications scientifiques. J'ai consacré un mémoiro à étudier l'utilité de l'aspiration, sa technique, ses indications.

Le drainage abdominal par les tubes est imparfait : il reste forcément une certaine quantité de liquide qui stagne à la partie déclive ; on en a la preuve en exerçant une pression sur l'abdomen, qui fait apparaître et sourdre du tube une partie de ce liquide. Aussi certains chirurgiens préfèrent au drainago par la paroi abdominale le drainage par les parties déclives et emploient couramment lé drainage vaginal, ouvrant à cet effet le cul-de-sac de Douglas.

D'autres ont préféré au drainage par les tubes le drainage capillaire, constitué par dos mèches de substances absorbantes telles que la gaze, qui se laissant imbiber par les liquides exercent une sorte d'aspiration capillaire et attirent les sécrétions de la profondeur du ventre vers l'ex-

térieur dans le pansement. En réalité le drainage capillaire, lui aussi, est loin d'être parfait : quand on retire la mèche de gaze, on voit apparaître du liquide, parfois un vrai flot, qui montre que l'écoulement ne se faisait pas suffisamment.

Le meilleur drainage est peut-être celui qui associe les deux procédés, tubes et mèches de gaze, à condition de ne pas tasser la gaze, de la laisser très lâche, pour qu'elle ne fasse pas tampon, mais se laisse facilement imbiber de manière à favoriser l'ascension du liquide.

Mais en somme, malgré tout, le drainage n'est encore pas absolument parfait, et l'on peut encore, par des pressions ou par l'aspiration, tirer du liquide.

Aucun mode de drainage par la paroi abdominale ne réalise donc l'évacuation absolue, complète, des liquides péritonéaux. Il est d'usage, pour favoriser l'issue des sécrétions, d'exercer des pressions sur le ventre lorsqu'on renouvelle le pansement, ce qui fait sourdre plus ou moins de liquide. Cette manœuvre même ne réalise pas la perfection, et l'on peut ordinairement par l'aspiration pousser plus à fond l'évacuation. De plus, ces pressions, d'autant plus fortes qu'on les désire plus efficaces, sont souvent douloureuses, surtout s'il y a de la péritonite qui exagère la sensibilité abdominale. Parfois aussi, lorque le ventre est fortement tendu, ces pressions se heurtent à la résistance de la paroi et n'ont aucune efficacité.

Or, on peut, par l'aspiration, réaliser une évacuation beaucoup *plus parfaite* et de plus *non douloureuse*.

Je décris, dans un second paragraphe de mon mémoire, la technique de l'aspiration, au moyen d'un tube introduit à l'intérieur du drain abdominal et sur lequel on adapte une seringue.

Quant aux indications, l'aspiration évacuatrice peut être

employée utilement pour parfaire l'œuvre du drainage : 1° dans le traitement des péritonites aiguës ; 2° dans les soins post-opératoires des laparotomies avec drainage.

Il est deux circonstances qui indiquent plus formellement et commandent l'emploi de l'aspiration : ce sont la *faible quantité du liquide* péritonéal, entraînant la difficulté de son évacuation spontanée par les drains et sa stagnation au point déclive, et, d'autre part, la *grande toxicité* du liquide, nécessitant qu'il soit évacué aussi complètement que possible et qu'on ne le laisse pas séjourner, pour éviter la résorption et l'intoxication de l'organisme.

Ces deux conditions sont réunies dans la *septicémie péritonéale aiguë*, qui se voit dans quelques cas d'appendicite, par exemple, ou dans les infections opératoires. et dans laquelle il n'existe en général dans la grande cavité péritonéale qu'une quantité relativement faible de liquide, ayant, selon l'expression consacrée, l'aspect de « bouillon sale », et très toxique. Dans ces cas, l'aspiration *s'impose*. Par son emploi, joint aux autres moyens de traitement appropriés, on arrive parfois à sauver de ces malades qui sont presque toujours perdus.

On pourrait objecter à l'emploi de l'aspiration que si l'on s'imagine ainsi évacuer la cavité péritonéale on se fait illusion ; les expériences de M. Pierre Delbet ont montré que le séjour d'un drain dans la cavité péritonéale provoque en général très rapidement la formation d'adhérences qui isolent le trajet du drain de la grande cavité péritonéale, de sorte qu'au bout de quarante-huit heures il n'y a plus de communication de l'un à l'autre ? M. Pierre Delbet n'a-t-il pas pu écrire qu'il paraît probable que les bons effets du drainage peuvent être dus à ce que les drains déterminent rapidement des adhérences qui isolent les points d'où

aurait pu venir l'infection ? A semblable objection on peut répondre :

1° L'aspiration peut tout au moins évacuer le liquide péritonéal pendant les premières heures, le premier jour, peut-être même plus, qui suivent le placement du drain, en un mot avant que son trajet ne se trouve isolé.

2° Quand bien même le liquide aspiré ne viendrait pas de la grande cavité péritonéale, il n'est pas pour cela inutile d'empêcher sa stagnation dans la cavité où il se trouve et où la résorption toxique peut fort bien s'effectuer.

Mon mémoire se termine par l'observation *in extenso* d'une malade que je pus, par l'aspiration jointe aux autres moyens de traitement appropriés, (sérum artificiel, glace sur le ventre, etc.), guérir d'une péritonite post-opératoire consécutive à une laparotomie pour salpingite et ovarite bilatérales; malgré le caractère suppuré des lésions on avait cru pouvoir se dispenser de drainer ; mais la plaie abdominale fut rouverte en présence des signes de péritonite, ce qui permit de voir le péritoine pariétal et une anse intestinale apparaissant à la plaie, rouges et injectés ; du liquide ayant l'aspect de bouillon sale s'écoula ; l'aspiration en retira encore un bon demi-verre ; elle fut répétée à deux autres reprises et ramena chaque fois la valeur d'une cuillerée de liquide.

Péritonite puerpérale traitée par la colpotomie. *(Bull, Soc. d'Obst. de Paris*, 21 janv. 1904).

Une cause de difficulté de la colpotomie dans la péritonite puerpérale diffuse. *(Annal. Soc. Obstétricale de France*, 1905).

Ma première colpotomie pour péritonite puerpérale diffuse fut pratiquée le 23 juin 1900, chez une femme accou-

chée depuis huit jours, et ayant déjà subi un curettage et des injections utérines pour infection avant l'apparition des signes de péritonite. La colpotomie postérieure, faite sans anesthésie à cause de la gravité de l'état de la malade, donna issue à un demi-litre ou trois quarts de litre de liquide louche. Je drainai le Douglas, et le nettoyai les jours suivants par des lavages qui ramenaient en quantité notable un liquide franchement purulent et horriblement fétide. La colpotomie fut suivie d'une amélioration manifeste ; les vomissements cessèrent pour ne plus reparaître ; la température descendit de 39°2 à 38°4 le soir même, puis à 38°2, et resta relativement abaissée pendant quarante-huit heures ; le hoquet diminua. Mais au bout de deux jours, la température s'éleva de nouveau, l'état s'aggrava, et la malade mourut quatre jours après l'opération.

J'eus l'occasion de faire une nouvelle colpotomie pour péritonite puerpérale diffuse en septembre 1904 ; mais je vis cette fois que la colpotomie peut dans ce cas présenter une difficulté particulière, contrastant avec la simplicité de cette opération dans les hématocèles rétro-utérines ou autres collections enkystées du Douglas. Dans le cas de collection enkystée, en effet, bombant dans le cul-de-sac postérieur, le doigt arrive en général facilement, après incision de la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin, à effondrer la séreuse, car la collection enkystée offrant une certaine tension fournit un point d'appui au doigt qui par une simple pression crève aisément la poche. Dans le cas de péritonite diffuse, alors que le cul-de-sac postérieur ne bombe pas et que le pus libre dans la grande cavité péritonéale peut se laisser déplacer, le doigt n'a plus ce point d'appui, et la séreuse peut être assez épaissie par l'inflammation et assez résistante pour se laisser refouler par le doigt et décoller plutôt que de se laisser crever, le

doigt pénétrant profondément dans une loge formée aux dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal grâce au décollement de la séreuse, sans parvenir à rompre la continuité de celle-ci. — Mon observation a trait à une femme arrivée à l'hôpital, ayant fait l'avant-veille une fausse couche de deux mois et demi et présentant une péritonite évidente et un état très grave. Sans anesthésie, je lui fis un nettoyage utérin, au cours duquel la paroi utérine me parut sans perforation ; j'explorai le cul-de-sac postérieur du vagin, il ne bombait pas ; j'incisai la muqueuse vaginale, tout près du col, puis cherchai à effondrer avec l'index le péritoine du Douglas. Je sentis alors à l'extrémité du doigt une membrane qui se laissait refouler, et mon index étant poussé et introduit *jusqu'à sa base*, contre la face postérieure de l'utérus, à une profondeur qui me paraissait manifestement suffisante pour être dans le péritoine, je sentais toujours que l'extrémité de mon doigt était coiffée de quelque chose et ne paraissait pas évoluer dans une grande cavité péritonéale libre.

Etonné, croyant difficilement que le péritoine pût, sans se rompre, se laisser assez décoller pour être refoulé à un tel degré, et me demandant si je n'étais pas tombé dans un Douglas oblitéré par des adhérences, je ne poussai pas plus loin, et, bien que je n'eusse pas rencontré de pus, je plaçai un gros drain à la place de mon doigt en arrière de l'utérus.

La femme ayant succombé, on trouva à l'autopsie beaucoup de pus (évalué à un litre) dans la cavité péritonéale, en particulier dans le petit bassin. Mais le drain n'était pas dans la cavité péritonéale, mais sous-péritonéal, situé dans une cavité artificielle à côté et à droite du rectum, le péritoine très épaissi s'étant laissé décoller et refouler et non effondrer.

Un tel fait ne saurait condamner absolument la colpotomie dans la péritonite puerpérale diffuse ; car, si l'on échouait dans une tentative d'ouverture du péritoine par cette voie, on pourrait encore recourir à la laparotomie.

La colpotomie dans la péritonite puerpérale a été faite, en dehors de moi, par Kaltenbach et par Sourdille, qui ont publié des guérisons. Elle donne un drainage déclive et représente, chez les malades dont l'état général est extrêmement grave, une opération simple, rapide, ne donnant pas de shock, facile à pratiquer sans anesthésie. Mais la meilleure intervention, dans ces péritonites puerpérales diffuses, me paraît, ainsi qu'à mon collègue Jeannin, qui a consacré un important travail au traitement chirurgical des péritonites puerpérales généralisées (1906), consister dans le nettoyage et le drainage large et multiple, au moyen de la laparotomie complétée par le drainage déclive que permet de réaliser l'incision du cul-de-sac postérieur.

IV. — PATHOLOGIE ET CHIRURGIE DU FOIE ET DE LA VÉSICULE

La lithiase vésiculaire ; ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical. (*Thèse*, Paris, 1903, J.-B. Baillière. In-8, 220 pages.)

Si les chirurgiens ont tant discuté sur la préférence à donner à la cholécystostomie ou à la cholécystectomie dans le traitement de la lithiase de la vésicule, c'est en partie parce qu'ils envisageaient cette question de thérapeutique chirurgicale d'une manière *trop globale*, en consi-

dérant toujours l'ensemble des faits de lithiase vésiculaire, c'est-à-dire un ensemble de faits nullement tous comparables, mais au contraire *fort disparates*. N'est-il pas, en effet, peu vraisemblable *a priori*, si l'on considère la grande variété d'aspects, la diversité des lésions des vésicules calculeuses, que les considérations chirurgicales qui conviennent à une de ces variétés s'appliquent exactement aux autres ? Je crois donc que la discussion de cette question de thérapeutique chirurgicale gagnerait à être fragmentée, et que l'accord serait plus facile si, au lieu de disserter sur un ensemble de faits dissemblables, on envisageait séparément et une à une, au point de vue du traitement qui convient à chacune d'elles, les différentes formes de la lithiase vésiculaire et des cholécystites.

Ce sont avant tout le degré et la forme des lésions de la vésicule qui doivent régler, — et qui parfois imposent d'une façon absolue, — *la nature et la forme de l'intervention opératoire en cas de lithiase vésiculaire ;* ce sont des données d'ordre anatomique qui doivent guider le chirurgien dans le choix de l'opération : état de la paroi vésiculaire, dimension de sa cavité, adhérences péricholécystiques, enfin et surtout perméabilité ou non des canaux cystique et cholédoque.

L'anatomie pathologique doit donc ici, selon moi, offrir un point d'appui solide à la discussion du traitement chirurgical ; il s'agit, dans l'espèce, d'une *anatomie pathologique vraiment chirurgicale*. C'est pourquoi, dans ce mémoire fait à un point de vue spécialement chirurgical, il ne faut pas s'étonner si, à l'inverse de ce qu'on voit d'habitude, la description anatomo-pathologique se trouve développée avec une réelle complaisance.

Les vésicules calculeuses se présentent sous des aspects *extrêmement variés* ; il importe tout particulièrement au

point de vue chirurgical de ne point les mêler et les confondre en une étude commune. Aussi je décris un certain nombre de *types*.

Dans la réalité, bien des faits n'offrent pas des caractères aussi tranchés que ceux que j'assigne à chacune de ces formes : il y a beaucoup de cas intermédiaires, des cas *mixtes*, qui appartiennent, par certains de leurs caractères, à la fois à deux types différents plus ou moins associés et combinés. Bien que ces types n'aient donc rien d'absolu, il n'en importe pas moins de les établir nettement et de les décrire séparément, car ils peuvent servir de *points de repère* pour préciser dans tous les cas particuliers les lésions anatomiques observées et pour les cataloguer.

Je décris les types suivants :

1° *Vésicule calculeuse saine*, sans altération appréciable, même histologique, à part la présence de calculs à son intérieur ;

2° *Distension calculeuse de la vésicule :* vésicules *distendues* et plus ou moins augmentées de volume par les calculs qu'elles renferment, sans qu'il y ait d'ailleurs, dans les cas typiques, d'altérations notables de leurs parois, pas plus que dans la variété précédente. Les calculs qui bourrent la vésicule déterminent parfois sur sa paroi restée souple des *bosselures* visibles à sa surface extérieure et auxquelles répondent intérieurement des *dépressions alvéolaires* qui marquent l'empreinte des calculs. Souvent, la distension calculeuse n'existe pas à l'état pur, et se complique de lésions de cholécystite scléreuse ; mais elle peut exister seule ;

3° *Dilatation biliaire de la vésicule* : vésicule distendue et dilatée par l'accumulation de liquide biliaire, explicable dans le cas de simple lithiase de la vésicule sans obstruction du cholédoque, par le mécanisme du *calcul-soupape*

au niveau du col de la vésicule ou de l'origine du canal cystique ;

4° *Hydropisie de la vésicule :* distension par un liquide clair, incolore, liée à l'existence constante d'une obstruction du canal cystique ;

5° *Empyème de la vésicule, cholécystite suppurée ;*

6° *Cholécystite catarrhale ;*

7° et 8° *Cholécystite scléreuse*, comprenant non seulement la forme *scléro-atrophique*, plus commune, mais aussi une forme *scléro-hypertrophique*.

Les classiques représentaient la vésicule calculeuse sclérosée comme une vésicule rétractée, petite et atrophiée. Or, *il est faux que la vésicule calculeuse atteinte de cholécystite scléreuse soit toujours petite et atrophiée* : dans des cas qui sont loin d'être rares, elle est au contraire plus ou moins volumineuse et accrue dans ses dimensions. J'ai appelé l'attention, en 1900, à la Société anatomique, sur ce fait que la cholécystite scléreuse est quelquefois hypertrophique, et j'ai présenté, à l'appui, une grosse vésicule extirpée par M. Routier à une malade que je lui avais confiée. Ma communication fut immédiatement appuyée par les observations de M. Morestin, qui fit connaître deux cas personnels où des vésicules épaissies et sclérosées, extirpées par lui, étaient non pas rétractées, mais augmentées de dimensions du fait de l'épaississement hyperplasique de leurs parois. Ce ne sont pas là des cas isolés et mes recherches bibliographiques m'ont fait trouver un assez grand nombre d'observations éparses qui peuvent en être rapprochées.

Cet ensemble de faits établit d'une façon incontestable l'existence d'une cholécystite scléro-hypertrophique, moins fréquente que la forme atrophique, mais bien intéressante

néanmoins, car on perçoit sans difficulté ces grosses vésicules à l'exploration clinique.

Depuis la note que j'ai publiée à la Société anatomique, M. Schwartz a bien voulu, dans son traité de « Chirurgie du foie », rappeler ma présentation de pièce et mentionner cette cholécystite scléro-hypertrophique, Milhiet dans sa thèse a également admis le mot et la chose. Le professeur Dieulafoy la signale également dans la dernière édition de son « Manuel ».

Il faut encore tenir compte, au point de vue chirurgical, des lésions du canal cystique, souvent oblitéré, et de la péricholécystite.

Au point de vue symptomatologique, tous les intermédiaires existent entre les cas complètement latents et les troubles les plus intenses et les plus persistants. Le plus souvent, les troubles sont sujets à des intermittences ou à des rémissions et présentent des poussées ou des crises dont l'intensité, la durée et la fréquence sont des plus variables.

J'appelle particulièrement l'attention sur le phénomène de la *crépitation calculeuse*, qui constitue un signe rare, mais pathognomonique, et sur le *ballottement lombo-abdominal* que présentent assez souvent les tumeurs de la vésicule et qui peut simuler à s'y méprendre le ballottement rénal.

Les affections avec lesquelles sont le plus facilement et le plus fréquemment confondues les tumeurs vésiculaires sont les tumeurs rénales et le rein mobile, et l'appendicite.

Le traitement de la lithiase vésiculaire est purement chirurgical.

La cholécystostomie assure le drainage des voies biliaires et l'élimination secondaire des calculs oubliés ou néo-formés, ce que ne fait pas l'extirpation de la vésicule.

Mais le drainage des voies biliaires, indispensable s'il y a angiocholite, fièvre, infection active des voies biliaires, n'est nullement nécessaire dans la majorité des cas de lithiase vésiculaire. D'autre part, les calculs oubliés dans la cholécystostomie sont ordinairement situés dans des logettes diverticulaires de la vésicule, et le meilleur moyen de ne pas les oublier est encore d'enlever la vésicule elle-même, en s'assurant que les canaux ne contiennent plus de concrétions. Quant à la néo-formation de calculs, elle est absolument exceptionnelle : la lithiase intra-hépatique est très rare, et s'il n'y a pas d'obstacle et de stagnation dans les voies biliaires, il n'y a guère à craindre la formation de concrétions de volume notable dans les canaux hépatiques.

La cholécystectomie peut donc être pratiquée, et elle offre sur la cholécystostomie l'avantage d'éviter des fistules souvent prolongées, ainsi que des adhérences douloureuses, et celui de supprimer les lésions vésiculaires elles-mêmes avec les calculs.

Les accidents opératoires de la cholécystectomie peuvent être évités, en usant de certaines précautions recommandées par Bouilly : l'hémorrhagie, en ayant soin de raser la vésicule et de se tenir écarté du tissu hépatique pour ne point l'entamer, et d'autre part en employant pour détacher les adhérences très résistantes le thermocautère, moyen hémostatique excellent pour les suintements sanguins en nappe comme ceux qui résultent de la libération d'adhérences ; l'infection péritonéale partie du moignon peut être prévenue en pratiquant toujours un drainage soigné, par exemple avec un *drain en gouttière* (tube de caoutchouc fendu suivant toute sa longueur et qu'on étale en écartant ses lèvres) introduit jusque sous

le moignon cystique, et au-dessous duquel on placera encore une mèche de gaze isolant la cavité péritonéale.

Les fistules de très courte durée qu'on voit souvent après l'ablation de la vésicule pourraient même peut-être être évitées complètement, en écrasant le canal cystique avec l'instrument de Doyen (angiotribe).

La cholécystectomie n'a pas une mortalité élevée, et elle donne d'une façon générale des guérisons plus parfaites que la cholécystostomie.

La cholécystostomie est la seule opération applicable dans tous les cas où il y a infection des voies biliaires, angiocholite, dans tous les cas de lithiase vésiculaire, avec ou sans suppuration, où il existe de la fièvre. — Elle peut être l'opération de choix, dans les cas où l'état général mauvais, l'âge avancé du sujet, réclament une intervention simple et rapide.

L'ablation de la vésicule est tout particulièrement indiquée lorsqu'il y a d'importantes altérations de la paroi vésiculaire elle-même, et dans les cas où la disposition des parties (oblitération irrémédiable du cystique) ou l'état anatomique de la vésicule peuvent faire craindre, à la suite d'une cholécystostomie, la durée indéfinie de la fistule, ou des tiraillements douloureux.

Le traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire varie suivant les formes anatomiques qu'elle présente.

Dans le cas de *vésicule calculeuse saine*, le traitement de choix, s'il n'y a pas d'infection des voies biliaires, pas de fièvre, pas d'ictère, et si les canaux cystique et cholédoque sont perméables, est la cholécystotomie idéale.

Il en est de même dans la *dilatation biliaire* de la vésicule avec paroi saine, avec cette différence que, si la poche vésiculaire est trop vaste, on combinera à la cholécystotomie idéale une cholécystectomie partielle.

Dans la *distension calculeuse*, j'incline à donner la préférence à la cholécystectomie.

Dans l'*hydropisie* de la vésicule, lorsque l'obstacle du canal cystique ne peut être enlevé, la cholécystectomie est le traitement de choix, bien que certains chirurgiens lui préfèrent une cholécystostomie après avoir retiré le calcul fixé dans le cystique par une cysticotomie ou par une incision de proche en proche de la vésicule et du canal.

La cholécystectomie est également le traitement des hydropisies vésiculaires à parois épaissies et altérées.

Dans les hydropisies où l'on a pu rétablir la perméabilité du canal et dont la paroi n'est pas trop altérée, on peut admettre la cholécystostomie et mieux encore, si les conditions nécessaires sont remplies, la cholécystotomie idéale ; avec cholécystectomie partielle en cas de grande vésicule.

L'*empyème* de la vésicule, chronique ou refroidi, apyrétique, relève de la cholécystectomie. Mais dans l'empyème aigu, dans toutes les cholécystites avec fièvre, c'est la cholécystostomie qui s'impose.

La cholécystectomie est encore le traitement de choix des *cholécystites scléreuses*. Mais elle peut être impossible à cause des adhérences, On aura alors recours à la cholécystostomie, en lui adjoignant, dans les cholécystites scléro-hypertrophiques, une cholécystectomie partielle plus ou moins large, pour éviter de laisser une vaste poche à paroi rigide favorable à la stagnation de la bile. Dans la cholécystite scléro-atrophique, il n'est pas très rare que la cholécystostomie soit impossible à cause de la rétraction et de la situation profonde de la vésicule, et l'extirpation également à cause des adhérences : on se contentera alors de la cholécystotomie simple, avec drainage de la vésicule à distance, en utilisant autant que possible

l'épiploon pour isoler et garantir la grande cavité péritonéale.

Dans la lithiase vésiculaire avec lithiase du cholédoquo associée, chacune sera traitée pour son propre compte, et lorsque l'obstacle du cholédoque est levé, le plus souvent par cholédocotomie, la cholécystectomie peut alors être pratiquée si l'état de la vésicule l'indique.

Mais quelles que soient les lésions et quelles que soient les raisons qu'on puisse avoir de faire la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire, on ne pratiquera cette opération qu'à la condition qu'on ne se trouve en présence d'aucune de ses contre-indications, à savoir : 1° l'infection des voies biliaires, la fièvre ; 2° l'obstruction *irréductible* du cholédoque.

Note sur un tiraillement douloureux à distance dans le foie mobile. (*Gaz. des Hôp.*, 1897.)

Foie plissé par tassement d'origine constrictive. (*Bull. Soc. Anat.*, 1898.)

Un nouveau cas de foie plissé par tassement d'origine constrictive. (*Bull. Soc. Anat.*, 1899.)

1° Il existe une déformation du foie consistant en sillons antéro-postérieurs sur la face convexe de l'organe, qui résultent d'un plissement du foie tassé sous une influence constrictive ;

2° J'ai vu, en pareil cas, une sténose et un étranglement véritables de la cage thoracique, indice de constriction ;

3° Cette déformation hépatique ne doit pas être confondue avec les sillons costaux, bien connus, ni avec les

sillons diaphragmatiques étudiés par Zahn, Séglas et quelques autres ;

4° Je ne l'ai observée que chez des femmes, et je pense qu'elle doit être rattachée à l'histoire des viciations plastiques engendrées par le corset.

V. — MONSTRUOSITÉS ET ANOMALIES CONGÉNITALES

Présentation d'un monstre anidien. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, avril 1906.)

Présentation d'un nouveau-né microcéphale. (En collaboration avec M. Lequeux. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, janvier 1906.)

Remarquable synostose prématurée des os du crâne. Saillie de la pointe de l'occipital et de l'écaille occipitale elle-même, surplombant le bord postérieur des pariétaux, Il y avait oligoamnios.

Mamelle surnuméraire dorsale chez l'homme. (*Bull. Soc. Anat.* 1897.)

VI. — DIVERS

Cancer de l'orifice uretéral du bassinet et de l'uretère. (En collaboration avec M. Toupet, médecin des hôpitaux. *Bull. Soc. Anat.*, 1898.)

Femme de 89 ans. Le diagnostic clinique porté avait été : tumeur liquide du rein (hydronéphrose ou kyste hyda

tique). L'autopsie montra une hématonéphrose due à un cancer de l'orifice uretéral du bassinet, et de l'uretère lui-même. Histologiquement, épithélioma papillaire.

Depuis, M. Albarran a fait un travail d'ensemble sur les néoplasmes primitifs du bassinet, et a pu réunir dans la science 35 cas de ces tumeurs, de nature diverse.

Perforation intestinale au déclin d'une fièvre typhoïde; indécision du chirurgien au sujet de l'intervention opératoire; péritonite diffuse; mort. (En collaboration avec M. Huchard, médecin de l'hôpital Necker. *Bull. Soc. Anat.* 1899.)

Occlusion intestinale par calcul biliaire; entérotomie; extraction du calcul, guérison rapide. (En collaboration avec M. Paul Delbet, chef de clinique à la Faculté. *Bull. Soc. Anat.*, 1900.)

Ostéite du tibia chez une vieille femme; amputation de jambe, guérison rapide. (*Bull. Soc. Anat.*, 1900.)

Le sphygmographe de Dudgeon et ses tracés; étude comparée avec le sphygmographe de Marey. (*Bull. Soc. Anat.*, 1899.)

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)